



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O papel dos rituais familiares e da coesão no
ajustamento psicológico e qualidade de vida de
doentes com VIH/Sida**

Maria Helena Simas Biale
(e-mail: ml.simas@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica sob a orientação de
Professora Doutora Carla Crespo e Professor Doutor Marco Pereira

Coimbra, 2014

O papel dos rituais familiares e da coesão no ajustamento psicológico e na qualidade de vida de doentes com VIH/SIDA

Resumo

Os rituais familiares jogam um papel importante no seio das famílias com infeção por VIH/Sida, sendo uma doença crónica que vai interferir nas dimensões física, psicológica e social do doente. Assim, torna-se imperioso a realização de estudos que venham contribuir grandemente para o bem das famílias e do nosso país em particular. A presente investigação avaliou o papel dos rituais familiares e da coesão no ajustamento psicológico e na qualidade de vida dos doentes com VIH/Sida.

Neste estudo participaram 200 indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 18 e 66 anos, diagnosticados com VIH/Sida. Os participantes responderam a um protocolo de avaliação contendo um questionário de dados pessoais e sociodemográficos e clínicos e instrumentos de avaliação dos rituais familiares, coesão familiar, ansiedade e depressão e qualidade de vida. Verificou-se que os rituais familiares e a coesão estavam forte e positivamente correlacionados entre si. Níveis mais elevados de rituais familiares e de coesão familiar estavam associados a menores níveis de ansiedade e a melhores níveis de qualidade de vida. A coesão estava também negativamente correlacionada com a depressão. Os rituais familiares e a coesão estavam associados a melhor percepção do estado de saúde. A depressão e a ansiedade estavam associadas negativamente à idade e ao tempo decorrido desde o diagnóstico. A qualidade de vida estava associada positivamente à percepção do estado de saúde. Os resultados mostraram a importância dos factores familiares para o ajustamento psicológico e para a qualidade de vida de indivíduos com HIV/Sida no contexto angolano, um contributo inovador para a literatura neste domínio.

Palavras-chave: Rituais familiares, coesão, ajustamento psicológico; qualidade de vida, VIH/Sida

The role of family rituals in the cohesion and quality of life of patients with HIV/AIDS

Abstract

Family rituals are important assets among families in the context of HIV/Aids, a chronic disease that affects patients in their physical, psychological and social dimensions. It is, therefore, paramount to develop research that can contribute for the well-being of Angolan families and, thus, of the whole country. The presente research examined the role of family rituals and coehsion on the psychological adjustment and quality of life of patients infected with HIV/Aids.

Two hundred individuals with a diagnosis of HIV/Aids, both male and female, between 18 and 66 years old, participated in this study. Participants filled out an assessment protocol with a sociodemographic and clinical sheet and instruments assessing family rituals, cohesion, anxiety, depression and quality of life. Results showed that family rituals and cohesion were strongly and positively correlated. Family rituals and cohesion were linked to lower levels of anxiety and higher levels of quality of life. Cohesion was also negatively related to depression. Family rituals and cohesion were linked to better perceived health status. Depression and anxiety were negatively associated with age and time since diagnosis. Quality of life was positively correlated with perceived health status. Results show the relevance of family factors for psychological adjustment and quality of life of individuals with HIV/AIDS in Angola, a novel contribution to the literature in this domain.

Keywords: Family rituals, cohesion, psychological adjustment, quality of life, HIV/AIDS

Índice

Introdução

I – Enquadramento Teórico

1.1- VIH/SIDA

1.2- VIH em Angola

1.3- Ajustamento Psicologico e Qualidade de Vida

1.4- Família

1.5- Rituais Familiares

II - Objetivos

III – Metodologia

3.1- Amostra

3.2- Procedimento

3.3- Descrição dos Instrumentos

3.3.1- Dados Sociodemográficos

3.3.2- Questionário deos Rituais Familiares

3.3.3- FES

3.3.4- Ajustamento Psicológico

3.3.5- Qualidade de Vida

3.4- Análise Estatística

IV - Resultados

VI – Conclusão

Referências Bibliográficas

Anexo- Questionários

Agradecimentos

A realização da dissertação de mestrado significa o término de uma longa caminhada e alcance de mais um objetivo. Neste contexto, venho exprimir algumas palavras de agradecimentos a todos que direta ou indiretamente participaram para que este trabalho tornasse uma realidade.

A Doutora Carla Crespo, orientadora que, pelo seu empenho, dedicação, disponibilidade, simpatia e compreensão, foi um elemento muito importante na concretização deste projeto;

Agradecer também ao Doutor Marco Pereira pela sua colaboração;

Aos colegas que dia e noite, nas caminhadas de longas viagens, com risco de vida estiveram sempre presentes para consolar nos momentos de tristeza, com quem pude partilhar as dúvidas que foram surgindo;

À minha mãe Jorgete, o meu pai Zé e os meus irmãos pelo apoio incondicional, pelo carinho, incentivo, tanto nos momentos de alegria como de desespero, pelas dificuldades que surgiam na realização deste trabalho;

Como não podia deixar de ser, agradecer também ao meu marido, José Paulo Kibinda pela compreensão, pela confiança, pela presença, pelo carinho, amor e por me ter sabido ouvir e apoiado nos momentos de maior necessidade e sufoco;

Aos meus filhos Dorivaldo, Diela e Dianeth, pela paciência que tiveram em suportar as minhas contantes ausências, o meu muito obrigado, a mamã vos ama muito;

Por fim aos meus amigos do peito, que desde o início acompanharam e apoiaram-me nas minhas conquistas e falhas um muito obrigado de coração.

Introdução

As questões relacionadas com o VIH/sida têm tido um grande impacto na sociedade contemporânea, tanto a nível económico, como social. Existem ainda muitos equívocos sobre o VIH/sida, tais como a crença de que esta doença pode ser transmitida pelo contacto casual não sexual. A doença também se tornou sujeita a muitas controvérsias envolvendo diferentes religiões, além de ter atraído a atenção médica e política desde que foi identificada em 1980.

Com a descoberta de novos medicamentos, observou-se um maior controlo da progressão da infeção VIH e, como consequência, a manutenção da saúde. Além da qualidade do tratamento farmacológico, outros indicadores, como por exemplo o apoio social (Giovelli, 2009; Remor, 2002b) e o stresse (Remor, Penedo, Shen, & Schneiderman, 2007), foram sistematicamente associados à qualidade de vida em pessoas portadoras de VIH. Revela-se, assim, importante compreender o papel dos contextos dos indivíduos na sua vivência da doença e na forma como se conseguem adaptar à mesma. Compreende-se que a família desempenha uns dos pilares da sociedade, constituindo o âmbito primário e privilegiado de socialização, admitindo aos indivíduos influenciar-se mutuamente no contacto com as distintas gerações (Ehrlich, 2003; Minuchin, 1974).

Assim, a presente investigação, no âmbito da parceria entre o Instituto Superior Politécnico Tundavala (ISPT) e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC) tem como objectivo avaliar o papel dos Rituais Familiares na Coesão, no Ajustamento Psicológico e na Qualidade de Vida de doentes com VIH/Sida. Torna-se imperioso a investigação neste âmbito, na medida em que o VIH/Sida é um problema de saúde pública não só pela prevalência, mas também pelo impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias. Com este efeito, o VIH/Sida é um problema complexo e multidimensional, visto que abrange várias vertentes, particularmente ao nível familiar.

Nas posteriores páginas passaremos a descrever uma revisão de

literatura sobre o tema em estudo. Seguidamente, é caracterizada a amostra, descrita a metodologia de recolha de dados, e os instrumentos utilizados. No capítulo a seguir, indicamos a metodologia usada para a análise de dados e a sua descrição através de dados obtidos. Por fim, discutem-se as conclusões que podemos retirar no decorrer deste trabalho no que toca à prática clínica e a futuras investigações no contexto do VIH/Sida.

I - Enquadramento teórico

1.1. VIH/Sida

A identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e da Síndrome Imunodeficiência Adquirida (SIDA) surgiu há pouco mais de duas décadas, sendo que o número de indivíduos infetados e doentes tem crescido impetuosamente em pouco tempo. Desde a sua descoberta, a sida causou a morte de aproximadamente 30 milhões de pessoas até 2009. Em 2010, cerca de 34 milhões de pessoas eram portadoras do vírus no mundo.

O VIH é um retrovírus que provoca no organismo disfunção imunológica crónica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4+, sendo que quanto mais baixos forem, maior é o risco do indivíduo desenvolver a sida. O tempo entre o contágio do VIH até à sua manifestação pode levar anos. Assim, ainda que o indivíduo portador do vírus estar muitas vezes assintomático, pode apresentar vários transtornos na esfera psicossocial a partir do momento em que fica a saber do seu estado serológico (Canini et al., 2004).

Alguns autores (Canini et al., 2004) têm discutido que as várias manifestações que acontecem no sistema nervoso dos utentes com VIH/sida, associados a depressão e ao stresse podem influenciar a evolução da doença e as mudanças nos estados psíquicos e sociais podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade biológica. A infeção pelo VIH, pelas suas características particulares de transmissão, atinge proporções preocupantes até aos nossos dias, e é considerada pela OMS como uma pandemia. O desenvolvimento da terapêutica antirretroviral (por exemplo, inibidores da protease) trouxe uma esperança aos portadores de VIH. A combinação dos inibidores da protease com os anteriores antirretrovirais possibilitou o desenvolvimento de um tratamento antirretroviral de alta atividade mais eficaz, que promoveu a infeção pelo VIH e SIDA ao estatuto de doença crónica, controlável a longo prazo, ou seja permitindo a diminuição de episódios mórbidos e frequência de internamentos, e com consequente aumento da sobrevivência e melhoria da qualidade de vida (Canavarro,

Pereira, Simões, Pintassilgo, & Ferreira, 2008; Remor 2003a; Siegel & Lekas, 2002). Mas, para atingir estes benefícios e manter a infecção controlada é importante um grau de adesão à terapia superior a 90% (Remor, 2002a; Remor, Milner-Moskovics, & Preussler, 2007). Por causa da complexidade do tratamento, muitos pacientes referem dificuldades para cumprir com as prescrições requerendo intervenção, apoio psicológico para superar o grau de adesão ao tratamento (Remor, 2003b; Remor, Ballester-Arnal, Epada-sánchez, & Gordillo Alvarez-Valdes, 2008).

De acordo com Stove e Way (1998), o VIH habitualmente abrange adultos em idade produtiva e reprodutiva, o que provoca um impacto negativo na esperança de vida em muitos países. Existem, além disso efeitos psicossociais e económicas no indivíduo e na família. Lego (1996) afirma que o contágio pelo VIH pode influenciar uma série de consequências sociais e individuais para os seus portadores, como por exemplo o preconceito em relação à forma de contágio e receio dos próprios de serem rejeitados pela sociedade, que pode tornar com que o indivíduo viva afastado do convívio social; problemas com a família, um contexto que poderia proporcionar ajuda à pessoa portadora de VIH; as angústias do próprio paciente que podem envolver sentimentos como solidão, culpa por ter sido infetado ou medo da morte. Verifica-se, ainda, impacto nos planos de vida, na auto-estima, nas relações afetivas e nos papeis sociais exercidos pelo indivíduo.

De acordo com Barlet (2002), no decorrer dos últimos anos, a melhoria dos fármacos anti-retrovirais levou a decréscimo da morbilidade e da mortalidade relacionados ao VIH. As normas terapêuticas atuais modificaram em uma década o contágio pelo VIH, de doença destruidora que quase sempre levava a pessoa à morte em doença crónica com a qual se pode lidar.

Segundo Nash e Elul (2006), os meios disponíveis e abordagens para impedir o crescimento da epidemia têm mudado bastante de região para região. Em países desenvolvidos, a solução para epidemia tem passado pela união de prevenção primária do VIH (impedir o contágio), diagnóstico e tratamento dos indivíduos infetados pelo VIH, que inclui medicamentos para

diminuir a velocidade e evolução da doença. Entretanto, meios e infra-estruturas para cada uma dessas abordagens tem sido limitados, em locais como África Sub-sahariana e sudeste da Ásia, que fica claro quando observamos os números crescentes de mortes e novas infeções nessas áreas.

1.2. VIH em Angola

Angola encontra-se numa posição peculiar por ter uma prevalência de VIH relativamente mais baixa na região austral de África, comparativamente aos vizinhos da região (ONUSIDA, 2011). Esta situação epidemiológica pode ser resultante da prolongada guerra civil (1975 a 2002), período durante o qual as fronteiras permaneceram fechadas e os movimentos das populações estavam restritos, limitando a propagação do VIH pelo país. O primeiro caso de VIH em Angola foi detetado em 1985, registando-se até à presente data uma tendência do crescimento dos casos. De 1985 a 2011 a vigilância epidemiológica de rotina fez o registo de 143,110 seropositivos dos quais 39% correspondem ao sexo masculino e 61% ao feminino. A transmissão heterossexual continua a ser a principal forma de transmissão do vírus VIH neste país. O número de pessoas vivendo com VIH/SIDA, em Angola, é estimado em 250,000 pessoas (2.3% da população), incluindo adultos e crianças. Destes, são conhecidos 180.000, dos quais 137,326 estão em acompanhamento médico com 69,981 sob terapia anti-retroviral (Relatório de progresso da Declaração Política sobre o VIH/SIDA Angola, pp. 22-23) .

Angola faz parte de um grupo de 22 países prioritários no âmbito do Plano Mundial para eliminação da Transmissão Vertical do VIH/SIDA até 2015, um programa promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo principal é acabar com o surgimento de novos casos da doença nesses países. Para o combate ao VIH/Sida, o país tem alcançado progressos relevantes devido ao esforço e a implementação de programas para o controlo da pandemia e deve atingir 90% de mulheres grávidas seropositivas e igual percentagem de adultos, adolescentes e crianças elegíveis ao tratamento com anti-retrovirais (TARV) em todo o país. O objectivo da

Aceleração da prevenção da infecção pelo VIH surge como resposta nacional à necessidade de, com maior urgência, eliminar novas infecções pelo VIH em crianças, garantindo que logo após o seu diagnóstico, 90% das mulheres grávidas seropositivas tenham acesso ao tratamento. Também se pretende que 90% dos adultos, adolescentes e crianças portadores do VIH e SIDA elegíveis ao tratamento, tenham acesso a TARV.

O tratamento com antirretrovirais aos indivíduos com VIH, vêm facilitando o aumento no tempo de sobrevivência, mas seu alto custo e inúmeros efeitos colaterais associados à inexistência da cura para a doença, têm direcionado investigações sobre o impacto qualitativo dessa terapia na qualidade de vida (Aceleração da Resposta ao HIV/Sida até 2015).

1.3. Ajustamento Psicológico e Qualidade de vida

O diagnóstico de VIH/sida é um acontecimento de vida altamente stressante quer para o doente, quer para a sua família. As mudanças psicológicas mais frequentes que surgem diante de um diagnóstico positivo ao VIH são: stresse, ansiedade (Grilo, 2001; Guerra, 1998; Remor, 1999). Estas mudanças podem constituir uma fase passageira no processo de adaptação psicológica à doença e conhecimento do diagnóstico de VIH-positivo (Remor, 2003b) ou podem levar a quadros clínicos mais severos se o indivíduo não apresentar recursos pessoais ou psicológicos suficientes para superar as experiências adversas e negativas (Serovich, Kimberly, Mosack, & Lewis, 2001). Assim, a saúde mental da pessoa com VIH pode ser prejudicada se este não utiliza estratégias apropriadas de enfrentamento (*coping*) para lidar com a doença e com o estresse associado (Campos, Guimarães, & Remien, 2008; Carrobes, Remor, & Rodríguez-Alzamora, 2003).

No contexto da saúde, para além da relevância do estudo do ajustamento psicológico, a literatura tem apontado a necessidade de investigar e promover a qualidade de vida dos doentes.

A qualidade de vida pode ser definida Segundo Canavarro, Pereira, Simões e Pintassilgo (2006) nos anos 60 do século XX, Fleck (1999) e Noll

(2000), citado por Canavarro e colaboradores (2006), esmiuçam que uma das primeiras utilidades da definição de qualidade de vida surgiu num discurso feito pelo presidente norte-americano Lyndon Jhonson em 1964, que declarou que o “progresso social não pode ser medido através dos balanços mas através da qualidade de vida proporcional às pessoas”. Refere-se também que a definição de qualidade de vida teve origem nas abordagens económicas, em que estudos feitos com indicadores relativos ao crescimento do produto interno bruto (PBI) ou rendimento *per capita* (Cummins, 2000; Rapley, 2003; cit. por Canavarro et al., 2006).

Com relação a saúde, a definição da qualidade de vida este ligado ao conceito de saúde que de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010).

De acordo com Canavarro (2010), o conceito de qualidade de vida deve ser analisado numa perspetiva multidimensional devido ao seu poder heurístico (visto que tem suscitado um aumento exponencial do número de investigações nesta área) e o seu valor pragmático sendo, portanto, abordado por várias disciplinas e inclusive aplicado na avaliação e intervenção clínica assim como nas tomadas de decisões políticas em saúde.

Assim, na definição de qualidade de vida tem-se constatado alguma confusão conceptual, pelo fato de este ser estudado em diferentes contextos e disciplinas ou em populações diferentes, utilizando-se para tal diferentes indicativos. Canavarro (2010) fez uma abordagem histórica da definição de qualidade de vida onde destacou duas perspetivas: em que a primeira é a eudemonista da felicidade humana de Aristóteles também designada por vida racional, e que pressupõe a excelência física e moral do homem. A segunda perspetiva é a do hedonismo e epicurismo, conceção moderna de bem-estar, em que a definição de felicidade se relaciona com a obtenção de um maior prazer ao contrário do sofrimento e da dor nas diferentes facetas da vida do indivíduo.

Na definição da qualidade de vida estão presentes as dimensões subjetivas e objetivas, numa relação de complementariedade, na medida em que as dimensões subjetivas de bem-estar, felicidade e satisfação que

inglobam esta definição devem estar ligados a elementos mais objetivos como nutrição adequada, um ambiente físico agradável e a longevidade do indivíduo (Philips, 2006, cit. por Canavarro, 2010).

Segundo Seidl, Zannon e Troccoli (2005), destacam que a partir de meados dos anos 1990, os estudos passaram a investigar associações entre variáveis psicológicas (coping, apoio social) e a percepção da qualidade de vida, buscando identificar assim, fatores que propiciam o ajustamento à condição de confrontação ativo diante da disponibilidade de tratamento (Mueller, Medina, & Wolf, 1998; Friedhand, Renwick, & McColl, 1996). A partir de tal constatação, percebe-se que atualmente é possível que o indivíduo portador de VIH/SIDA tenha uma vida com hábitos saudáveis se estiver aderindo ao tratamento. Estudos há que constataam que o apoio social ajuda este indivíduo no processo de adesão ao tratamento (Remor; 2002 a, 2002b).

1.4. Família

O conceito de família é um conceito dinâmico, tendo evoluído ao longo do tempo e de acordo com diferentes culturas e civilizações. No âmbito da Psicologia, existem várias definições de família. Para Andolfi (1981, pp. 19-20), a família é um conjunto de intercâmbios que excede e une dentro dela os diversos constituintes individuais. Deste autor defende que a família é um sistema entre sistemas e que é fundamental a exploração das ligações interpessoais e das regras que regulariza a vida dos grupos importantes a que o indivíduo é membro, de maneira à perceber as atitudes do grupo e para uma formulação de intervenções eficientes. Segundo Sampaio (1985, pp. 11-12), a família é um sistema, um grupo de indivíduos unidos por uma série de ligações afetivas, em constante ligação com o exterior, que mantém estável durante um decurso de desenvolvimento diferenciado, destacando a importância holística. De acordo com Relvas (1996), a família é um círculo intrínseco de relação e emoções na qual se passa atitudes, com as modificações passadas no decorrer dos tempos meio familiar, encontramos com diversos tipos de organização familiar de

entre elas, as famílias nucleares com filhos biológicos, famílias nucleares sem filhos biológicos, famílias monoparentais, quer sejam masculinos ou femininas, famílias alargadas e adotivas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994, citado por Alarcão, 2002) a família é considerada como “ qualquer grupo cujas uniões sejam buscadas na confiança, suporte mutuo (...) e destino comum ou como um “conjunto de elementos unidos por laços, interrupta relação ao exterior e que mantem o seu equilíbrio ao longo de um processo de evolução percorrido através de estádios de evolução. A coesão do sistema familiar depende da comunicação familiar uma vez que esta proporciona: o ajustamento das diversas partes que o constituem, adaptação do sistema do meio circundante, sendo graças a comunicação e à informação que os sistemas impõem limites, as suas fronteiras, face aos demais sistemas (Alarcão, 2006).

Em Angola, a realidade social é caracterizada pela presença maioritária de valores e referências espirituais da cultura tradicional africana, a que se sobrepõem valores e referências da cultura ocidental de importação. A tudo isto acresce a influência dinâmica da globalização cultural universal. Por força dessa combinação cultural, existem dois grandes tipos de organização familiar na nossa sociedade: família tradicional e família tipo europeu. A família tradicional é em regra extensa, podendo ser poligâmica. Este tipo de organização é originário e inerente ao sistema cultural tradicional angolano, em todas as matrizes regionais locais.

Predomina nos meios rurais, mas vigora também em largas faixas da população urbana, independentemente do estrato a que pertençam os seus membros. Nos meios urbanos, o tipo de organização familiar tradicional é seguido pela população que não aderiu ao sistema de organização familiar do tipo europeu, ou que prefere conduzir a sua vida familiar com base nos valores e referências da cultura tradicional.

Nas famílias estruturadas de acordo com o sistema tradicional os processos de casamento, paternidade e de hereditariedade obedecem ao princípio uterino de linhagem. Assim, os membros das famílias a que pertence cada um dos cônjuges são os que resultam dos laços uterinos

anteriores ao casamento. As relações e factos familiares posteriores ao casamento seguem a linha uterina de cada cônjuge. Assim, os filhos pertencem à mãe e estão vinculados à família desta, pois considera-se que, a ligação uterina de procriação é mais decisiva, designadamente quando existe dúvida sobre a paternidade. Seguindo a linha materna, o poder paternal sobre os filhos do casal é exercido pela mãe e pelos seus irmãos uterinos, os tios. A família organizada de acordo com os padrões da cultura europeia constitui o tipo de família de referência legal em Angola.

A organização familiar do tipo europeu pode apresentar-se na forma de família nuclear, formada por pai, mãe e filhos; ou segundo alguma das variantes da família extensa consaguínea; ou por conjugação dos dois tipos de família predominantes: tradicional e europeu. A família que conjuga elementos do tipo tradicional e do tipo europeu, é muito comum nos meios urbanos, representando uma forma de transição cultural do sistema familiar tradicional para o europeu, ou vice-versa (Queiroz, 2010).

1.5. Rituais familiares

Rituais familiares são um ponto de convergência da vida familiar. Estes eventos especiais são tidos como influentes organizadores da vida familiar (Fiese, 1993) proporcionando segurança em momentos de mudança e de stresse. Os rituais contribuem para a definição das relações interpessoais, para a integração de novos membros na família, e para situar o indivíduo no tempo e no espaço. Os rituais familiares envolvem os vários membros familiares, conferindo um significado às atividades de grupo. A prática de rotinas e rituais familiares, assim como a sua preparação, e diálogos acerca deles, ajudam para a definição da família como um grupo. Estudos elaborados indicam que existe uma relação entre o simbolismo ligado aos rituais e o significado de pertença do indivíduo, assim como o próprio significado de identidade (Rappaport, 1991, cit por Fiese, 1992).

Roberts (1988) identificou as funções mais significativas dos rituais: o permitem a gestão da mudança, proporcionam a transmissão de valores e crenças, contribuem para a formação e a conservação das relações

interpessoais; e ajudam a exprimir as nossas crenças e valores, criando contributos importantes para a coesão e identidade familiar.

Segundo Patterson (1988), quando um dos membros do sistema familiar adoece, é possível que a família viva um estado de crise, à qual está associada a desorganização do sistema familiar, assim como das hábitos e práticas familiares e dos papéis, tanto familiares como sociais (Doornbos, 2002). Isto aplica-se a várias doenças, mas parece agravar-se na situação de doenças crónicas.

De acordo com Rolland (1994), Uma classificação da doença baseada em critérios puramente biológicos agrupa as doenças de maneira a atender às necessidades da medicina. Porém, um esquema de classificação diferente pode proporcionar um vínculo melhor entre os mundos biológico e psicossocial, e assim esclarecer o relacionamento entre a doença crónica e o ciclo de vida familiar.

Dois dos recursos mais proeminentes do sistema familiar para lidar com a situação de crise, como o diagnóstico de uma doença crónica, são a coesão (relacionada com a ligação entre os membros da família) e a adaptação no sentido de capacidade da família enfrentar a situação em que se encontra e busca formas alternativas para lidar com a mesma (Patterson, 1988). Estes dois meios parecem estar interligados com a prática de rituais familiares. Coloca-se a hipótese de sistemas familiares mais coesos serem mais eficientes na conservação de hábitos e práticas diante de uma situação de mudança e adversidade. Complementarmente, sistemas familiares que conseguem, no seio da adversidade relacionada com a doença, investir em eventos especiais como os rituais, poderão fomentar uma melhor coesão entre os seus elementos.

De acordo com Crespo, Santos, Canavarro, Kielpikowski, Pror e Féres-Carneiro (2013), os rituais e as rotinas familiares no contexto de uma condição crónica de saúde apresentam funções específicas, tais como: são recursos estratégicos para lidar com a condição de saúde no dia-a-dia, permitem à família reestabelecer um sentido de “normalidade” e são ocasiões privilegiadas para o apoio emocional entre os membros da família. Num estudo com cuidadores familiares de indivíduos com VIH e Sida no Lesotho, verificou-se que o ato de dar de comer aos familiares doentes era

considerado um esforço para manter a normalidade naquele contexto de doença (Makoe, 2011). Para estes cuidadores familiares, os comportamentos ritualizados em torno do alimentar os pacientes era algo que fazia parte da sua identidade de cuidadores: estes experienciavam emoções positivas quando os pacientes apreciavam a comida e stresse quando os doentes não conseguiam/queriam comer.

Em conclusão, os rituais familiares têm sido considerados acontecimentos familiares importantes em situações de adversidade, como no caso de doença de um dos elementos da família. Porém até à data não existem estudos que avaliem a possível influência dos rituais familiares na adaptação de indivíduos com VIH/Sida. O estudo com familiares de doentes com VIH/Sida desenvolvido por Makoe (2011) no Lesotho apenas avaliou a importância dos rituais ligados à alimentação para os cuidadores familiares e não para os indivíduos doentes. Sendo o VIH/Sida uma condição que pode acarretar um afastamento social e/ou familiar devido ao estigma que lhe está associado, é de especial relevância estudar o papel da família na qualidade de vida dos doentes. O objetivo deste estudo é, precisamente, compreender o papel do ambiente familiar, nomeadamente, da coesão e de eventos familiares significativos, nomeadamente, dos rituais familiares, na qualidade de vida dos indivíduos com VIH/Sida em Angola. O objetivo geral deste estudo é avaliar os fatores familiares e a sua relação com a qualidade de vida e saúde mental de doentes infetados com o VIH em Angola.

II – Objetivos

Este estudo tem como objetivo avaliar o papel dos rituais familiares e da coesão familiar na qualidade de vida de doentes com VIH em Angola. Neste caso o presente estudo pretende, especificamente, compreender as associações entre os rituais familiares, a coesão familiar, ansiedade e depressão, domínios e as facetas específicas do WHOQOL-HIV-Bref, idade, tempo de diagnóstico e o estado de saúde.

III – Metodologia

3.1. Amostra

A amostra recolhida para este estudo foi constituída por 200 participantes Angolanos diagnosticados com VIH/Sida nas províncias de Cabinda e Lubango sendo 100 do sexo feminino e 100 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos de idade ($M=35.54$; $DP=10.42$). As principais características socio-demográficas encontram-se descritas na tabela 1 e as principais características clínicas na tabela 2.

Em termos de etnia, 196 (98%) provinham de etnia negra, 3 (1.5%) de etnia caucasiana e 1 (0.5%) de outra etnia. Em termos da situação clínica relacionada com o VIH/Sida, 72 participantes (36%) eram assintomáticos, 70 (35,0%) eram sintomáticos, 17 (8.5%) tinham Sida e sendo que para 41 (20.5%) não se obteve esta informação. A distribuição da amostra quanto a escolaridade indicou que 3.0% não sabiam ler nem escrever, 2,5% sabiam ler e escrever, 8,5% estudaram até a 4ª classe, 17.5% tinham estudado até a 6ª classe, 33.5% concluíram o ensino secundário, 29.% estudaram até ao ensino médio e 6% frequentavam o ensino superior.

Quanto ao estado civil, 39.5% eram solteiros, 5% estavam casados, 44% viviam em união de fatos, 5.5% eram separados, 0.5% divorciados e 5.5% viúvos. No que se refere à situação profissional 68.5% estavam empregados, 21.0% realizavam trabalhos domésticos e 10.5% eram estudantes.

Tabela 1. Caracterização Sócio-Demografico da Amostra (N=200)

Variaveis		Total N = 200	
		N	%
Sexo	Masculino	86	43.0
	Feminino	114	57.0
Idade	18-30	63	31.5
	31-50	121	60.5
	51-66	16	8.0
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	6	3.0
	Sabe ler e/ou escrever	5	2.5
	1º - 4º ano	17	8.5
	5º - 6º ano	35	17.5
	7º - 9º ano	67	33.5
	10º - 12º ano	58	29.0
	Estudos universitários	12	6.0
Estado civil	Solteiro (a)	79	39.5
	Casado (a)	10	5.0
	União de facto	88	44.0
	Separado (a)	11	5.5
	Divorciado (a)	1	0.5
	Viuvo (a)	11	5.5
Situação profissional	Empregado	137	68.5
	Domestica	42	21.0
	Estudante	21	10.5

Tabela 2. Distribuição dos dados de estado serológico e tempo desde o diagnóstico

Variáveis		N	%
Estado serológico	Assintomático	72	36
	Sintomatico	70	35
	Sida	12	8.5
	Desconhecido	41	20.5
Tempo desde o diagnóstico	Menos de 1 ano	62	31
	Mais de 1 ano	138	69

3.2. Procedimento

Para o presente trabalho foram obtidos dados nos hospitais 1º de Maio, hospital efeito contagioso Santa Catarina, hospital municipal do Chinga, situados no município sede de Cabinda e do hospital central

Lubango entre os pacientes de consultas externas no consultório médico destinados aos pacientes com VIH/SIDA desde Outubro de 2013 a Maio de 2014. Neste caso foi feito um pedido de colaboração as unidades de forma escrita. A amostra foi recolhida por meio de um protocolo de avaliação, precedido por uma ficha de consentimentos informado atestando que a participação era de carácter voluntário e fornecendo informações sobre a natureza da colaboração neste estudo. A entrevista foi conduzida pela entrevistadora após a leitura e a assinatura do consentimento informado dos participantes. A entrevistadora fazia a leitura das questões e de seguida assinalava a resposta escolhida pelo entrevistado. Os questionários foram repondidos anonimamente numa das salas dos referidos hospitais e sem qualquer remuneração/compensação para os participantes.

3.3. Instrumentos

Para o presente estudo foi utilizado um protocolo de avaliação constituído por um questionário de dados sociodemográficos e clínicos assim como os instrumentos de auto-resposta: Questionário dos Rituais Familiares (FRQ; Fiese & Kline, 1993; versão portuguesa Crespo & Lind, 2004), Coesão familiar (FES; Moos e Moos, 1986; versão portuguesa Matos e Fontaine, 1992), o *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993; Versão Portuguesa: Canavarro, 2007) e o *World Health Organization Quality of Life in VIH Infection*, versão abreviada (WHOQOL-HIV-bref; versão Portuguesa, Canavarro, Pereira, Simões & Pintassilgo 2011).

3.3.1. Dados Sociodemográficos

Para a recolha de dados sociodemográficos e clínicos dos indivíduos, aplicou-se um questionário que permitiu fazer a recolha de informações pessoais e clínicas, tais como: idade, data de nascimento, sexo, etnia, nível de escolaridade, estado civil, área residencial, profissão que exerce e agregado familiar. A parte clínica continha informações sobre o estado geral de saúde, coinfeccções, doenças anteriores e atuais, regime de tratamento, estado serológico, ano que o participante realizou o primeiro teste positivo

para o VIH, ano que pensa que foi infetado/a, tipo de vírus, tempo da doença, a forma como foi infetado/a, última contagem de Linfócitos CD4+, assim como a carga viral. Esta ficha questionava ainda se o participante tomava a medicação e há quanto tempo, os efeitos secundários, se cumpria ou não com a toma e se tinha vida sexual ativa.

3.3.2. Questionário dos Rituais Familiares

Para avaliar o significado associado aos rituais familiares, foi utilizado o Questionário de Rituais Familiares (Family Ritual Questionnaire; FRQ) Fiese & Kline (1993), adaptado para a população portuguesa em 2004 por Crespo & Lind (Crespo et al., 2008). Este questionário pretende avaliar os rituais familiares em sete ocasiões-hora do jantar, fins- de -semana, celebrações anuais, férias, celebrações especiais, tradições culturais e feriados religiosos- consideradas em oito dimensões como: papéis, rotinas, competência, afeto, significado simbólico, continuação, ocorrência e deliberação, no qual estão organizados por 56 itens (Fiese & Kline, 1993). Os itens estão apresentados em formato de resposta fechadas do tipo dicotómica e cotados através de uma escala de likert de 1 a 4 pontos (exemplo: Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família a) “ Algumas famílias jantam juntas regularmente” ou “ Outras famílias raramente jantam juntas”; b) “ Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é: “ Totalmente verdadeira” ou “ Mais ou menos verdadeira”). Onde uma pontuação mais alta indica perceções de um investimento mais forte nos rituais familiares (Crespo et al., 2008).

No que se refere à consistência interna do instrumento, Lind (2008) obteve alfas de *Cronbach* para a escala total bastante elevadas (= .92 para mulheres e = .91 para homens), ligeiramente mais elevados que os obtidos por Fiese e Kline (1993), permitindo concluir que a versão portuguesa da FRQ total apresenta um bom nível de consistência interna (Lind,2008).

Neste estudo foram apenas utilizados os itens correspondentes às ocasiões de Hora do jantar e Comemorações Anuais. A pontuação foi dividida por Rituais Familiares da Hora do Jantar (5 itens), Rituais Familiares de Comemorações Anuais (5 itens) e indicador total de Rituais

Familiares (a soma dos 10 itens anteriores), que apresentam os níveis de consistência interna adequados.

3.3.3. FES

Para avaliar a coesão, utilizou-se a subescala de Coesão do Family Environment Scale/ Escala do Ambiente Familiar (Moos e Moos, 1986; Português versão Matos e Fontaine, 1992). Esta subescala é composta por nove itens que avaliam a percepção dos membros da família relativamente à ajuda e apoio entre os membros da família. Esta subescala utiliza a escala de Likert de 6 pontos, variando de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente), com maiores pontuações indicando níveis mais elevados de coesão. Alguns exemplos de itens são: “Na minha família ajudamo-nos uns aos outros” e “Gostamos bastante de fazer coisas em família”.

3.3.4. Ajustamento Psicológico

Para avaliar os sintomas de ansiedade e depressão recorreu-se ao Inventário Breve de Sintomas (Brief Symptom Inventory, BSI) de Derogatis (1993), na versão portuguesa (Canavarro, 1995). O BSI é um inventário de autorresposta com 53 itens, em que o indivíduo deve classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala de 4 oportunidades de respostas que vai de desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). O BSI é um instrumento que tem como objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica existente em 9 dimensões a mencionar: Obsessões compulsivas, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação paranoide e Psicoticíssimo. Este inventário composto também de 3 índices global sinceridade (IGS) e o total de sintomas positivos (TSP). Para este trabalho utilizamos apenas as dimensões Depressão e Ansiedade.

3.3.5. Qualidade de Vida

O World Health Organization Quality of Life in VIH Infection, versão abreviada (WHOQOL-HIV-bref; versão Portuguesa, Canavarro, Pereira,

Simões & Pintassilgo 2011) é um questionário que procura conhecer e avaliar a qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida dos indivíduos com relação a infecção VIH, constituído por seis domínios; Físico, Relações Sociais, Psicológico, Nível de Independência, Ambiente e Espiritualidade. Instrumento este constituído por trinta e uma (31) questões, dois (2) itens de âmbito geral dizem respeito à qualidade e a noção do estado de saúde e vinte e nove (29) itens específicos. As questões do WHOQOL-HIV-Bref foram constituídas em quatro escalas de respostas de tipo Likert de um aos cinco pontos (capacidade, frequência, intensidade e avaliação) expostas de forma positiva ou negativa. Os 29 itens específicos, estão distribuídos nos 6 domínios aqui mencionados. De modos a perceber a frequência com que sentiu ou experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas. WHOQOL-HIV-Bref, os resultados destes instrumentos são interpretados de forma linear a partir dos resultados dos dados obtidos. Os dados com resultados superiores correspondem a uma melhor qualidade de vida. Este instrumento conserva as 24 facetas do WHOQOL-100 e mantém a essência de qualidade de vida (Vaz Serra et al., 2006).

3.4. Análise estatística

O tratamento e análise de dados estatísticos foram realizados recorrendo à versão 20.0 do programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences). A caracterização sociodemográfica e clínica recorreu-se a estatística descritiva (frequências, médias e desvio-padrão). Para a análise da consistência interna dos instrumentos calcularam-se Alphas de Cronbach. Para as análises de correlação, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 3. Consistência interna dos instrumentos do estudo

<i>Variáveis</i>	<i>Alpha Cronbach</i>	<i>Nº de Itens</i>
Rituais familiares	.82	10
Coesão	.83	9
QoL		
Faceta Geral	.74	2
Físico	.74	4
Psicológico	.72	5
Nível de independência	.75	4
Relações	.70	4
Ambiente	.62	8
Espiritualidade	.63	4
Depressão	.85	6
Ansiedade	.70	6

IV – Resultados

Na Tabela 4 apresentam-se os resultados das médias e respectivos desvios-padrão das variáveis Rituais Familiares, Coesão, Ajustamento psicológico (Ansiedade, Depressão), Qualidade de vida (Faceta Geral, Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade), Idade, Tempo desde o Diagnóstico, Estado de Saúde.

Tabela 4. Estatística descritiva das médias e desvio padrão das variáveis em estudo (N = 200)

<i>Variáveis</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio-Padrão</i>
Rituais	2.37	0.70
Coesão	4.20	0.93
Ansiedade	1.01	0.81
Depressão	0.48	0.51
Faceta Geral	55.06	17.41
Físico	59.69	19.01
Psicológico	67.00	14.44
Nível de independência	54.25	17,86
Relações sociais	57.97	15.45
Ambiente	55.72	11.35
Espiritualidade	69.38	20.73
Idade	35.54	10.42
Tempo desde diagnóstico	3.53	2.83
Estado de saúde	3.29	0.73

Na Tabela 5 apresentam-se as correlações entre as variáveis em estudo, obtidos através do coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 5. Correlações entre as variáveis em estudo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Rituais Familiares	-												
2. Coesão	.48**	-											
3. Ansiedade	-.31**	-.36**	-										
4. Depressão	-.12	-.18*	.51**	-									
5. Faceta Geral	.23**	.39**	-.48**	-.29**									
6. Físico	.25**	.36**	-.46**	-.26**	.60**								
7. Psicológico	.29**	.40**	-.55**	-.23**	.60**	.52**							
8. Nível de Independência	.22**	.36**	-.41**	-.17*	.58**	.69**	.62**						
9. Relações Sociais	.21**	.47**	-.38**	-.14*	.47**	.41**	.56**	.56**					
10. Ambiente	.26**	.42**	-.27**	-.13	.39**	.39**	.34**	.43**	.51**				
11. Espiritualidade	.25**	.33*	-.52**	-.29**	.43**	.33**	.44**	.27**	.31**	.25**			
12. Idade	.01	.09	-.16*	-.24**	.05	-.04	.00	-.08	.01	.08	.16*		
13. Tempo desde o diagnóstico	.08	.08	-.15*	-.18**	-.02	-.02	.09	.00	.07	.03	.19**	.29**	
14. Estado de Saúde	.26**	.33**	-.39**	-.08	.58**	.56**	.51**	.53**	.34**	.26**	.30**	-.10	-.08

V - Discussão

O objectivo deste estudo era compreender a relação entre factores familiares (rituais familiares e coesão) e ajustamento psicológico (ansiedade e depressão) e qualidade de vida em indivíduos diagnosticados com HIV/Sida no contexto de Angola. Todas as escalas se revelaram adequadas ao contexto angolano, tendo apresentado elevados níveis de consistência interna avaliados através dos alphas de Cronbach. Quanto às associações entre variáveis, estas foram no sentido esperado, sendo consonantes com o corpo de literatura sobre as mesmas em outros contextos e com outras populações.

Verificou-se que os rituais familiares estavam positivamente relacionados com a coesão, uma relação que já tinha sido descrita em outros estudos (Crespo, Kielpikowski, Pryor & Jose, 2011; Santos, Crespo, Silva & Canavarro, 2012). Os rituais são atos que simbolizam o desenvolvimento das famílias e representam significados importantes e percebidos pelos seus membros promovendo a coesão, comunicação, pensamento e lembranças partilhadas (Crespo, 2007; Fiese, 1993). Os rituais promovem a ligação entre os membros da família, Complementarmente, quanto mais estes membros estiverem ligados e próximos, mais irão desenvolver rituais familiares significativos. Os rituais familiares estavam ainda negativamente relacionados com a ansiedade, um dado que está de acordo com a literatura já que os rituais promovem sentimentos de segurança (Mead, cit. in Crespo, 2007). A associação entre rituais familiares e QdV foi positiva. Apesar de esta associação já ter sido encontrada em outros estudos, foi a primeira vez que foi testada numa amostra de doentes com VIH/SIDA, o que constitui um aspecto inovador da presente investigação. Assim, verifica-se que os rituais familiares, à semelhança do que também se verificou em outras amostras com outras características, promovem melhor qualidade de vida dos doentes com VIH/SIDA no contexto angolano. Os rituais familiares não se correlacionaram com a idade ou tempo desde o diagnóstico, mas apresentaram uma associação positiva com o estado de saúde reportado pelos doentes. Por um lado o envolvimento da família nestes eventos pode levar a que os indivíduos apreciem mais positivamente a sua saúde, por

outro lado, pode ser que indivíduos que estejam melhor em termos de saúde, possam investir mais e participar nos rituais das suas famílias.

À semelhança dos rituais familiares, também níveis mais elevados de coesão estavam associados a menor ansiedade e melhor qualidade de vida e estado de saúde. Para além destes resultados, também se verificou uma associação negativa com a depressão. Com estes resultados pode-se constatar que no contexto familiar angolano os rituais são muito valorizados, principalmente no que se refere à espiritualidade e aos rituais ligados à cultura tradicional. Assim, o grau de coesão é maior, permitindo constituir um ambiente satisfatório, o que permite que os doentes com VIH/Sida, vivenciem um ambiente familiar presente e apoiante. Neste sentido proporciona um desenvolvimento saudável e o bem-estar da família. Assim, se pode concluir que as variáveis familiares têm um papel importante no ajustamento psicológico e na QdV de doentes com VIH/Sida no contexto angolano.

Quanto à ansiedade e depressão estas estavam fortemente correlacionadas, o que vai ao encontro de literatura nesta área do ajustamento psicológico. Também consonante com a literatura, a depressão e ansiedade estavam associadas a menor qualidade de vida dos indivíduos com VIH/SIDA. Indivíduos mais velhos e com mais tempo decorrido desde o diagnóstico apresentavam menores níveis de ansiedade e depressão. Estes resultados podem indicar que após o diagnóstico, um momento crítico do percurso desta doença em que os indivíduos podem experienciar níveis mais elevados de stress, os níveis de ansiedade e depressão tendem a baixar à medida que aprendem a conviver com a doença, os seus sintomas e o seu tratamento.

Podem ser apontadas algumas limitações na presente investigação. Relativamente à recolha de dados, apesar de a amostra ter um número adequado de participantes, foi apenas constituída apenas por indivíduos residentes nas províncias de Cabinda e Lubango, e poderá, portanto, não reflectir as características da população com VIH em Angola. O desenho transversal do estudo não permitiu estabelecer relações de causalidade entre as variáveis e, desta forma, limita a generalização dos resultados.

VI – Conclusão

A presente investigação é mais um dos passos que permite consolidar o conhecimento científico na área dos rituais familiares, coesão, ajustamento psicológico e qualidade de vida dos doentes com VIH/Sida que se encontra muito ainda por explorar. Em suma, verificámos que os rituais familiares e a coesão familiar estavam associados a melhor adaptação dos indivíduos com VIH/Sida, ou seja, melhor ajustamento psicológico - traduzido por menores níveis de ansiedade e de depressão - e melhor qualidade de vida.

Como foi possível verificar, a presença de doença crónica no contexto familiar poderá incluir muitas contrariedades no sentido em que a doença crónica afeta o relacionamento com outras pessoas, altera os equilíbrios sociais promovendo o isolamento social, o que promove elevados níveis de tensão pela intervenção de papéis e de funções, e altera toda a conjuntura física, psicológica, emocional, social do doente e do cuidador (Martins, 2009; Pereira, 2001; Quartilho, 2001).

As famílias angolanas são caracterizadas pelos valores e referências espirituais, dando assim um significado aos rituais familiares. Assim, a intervenção junto das populações no sentido de promover o envolvimento da família dos doentes com VIH/Sida no seu tratamento e acompanhamento é fundamental. Também é importante trabalhar junto das famílias para que estas possam ajudar os doentes a estabelecer um bom contacto com os serviços de saúde. As famílias por serem caracterizadas pelos valores culturais e espirituais com um grau de crenças bastante elevadas, acreditam frequentemente que o VIH/SIDA é uma doença enfeitada o que provoca que muitas das vezes recorram a medicina tradicional. Assim, muitos doentes vão à procura dos serviços de saúde tardiamente, o que constitui um grave problema de saúde pública. Em conclusão, é um desafio muito grande para que os profissionais de saúde trabalhem mais de modos a quebrar comportamentos que contribuem para a exclusão e para um défice no acompanhamento clínico aos doentes com VIH/Sida. toran-se imperioso que o envolvimento da família seja cada vez mais uma realidade, de modo a que esta possa constituir-se como um recurso e não como motor de exclusão para estes doentes.

Bibliografia

- Bennet, L. A., Wolin, S. J., Reiss, D., & Teitlebaum, M. A. (1987). Couples at risk for transmission of alcoholism: Protective influences. *Family Process*, 26, 111-129.
- Campos, L. N., Guimarães, M. D., & Remien, R. H. (2008). Anxiety and depression symptoms as risk factors for nonadherence to antiretroviral in Brazil. *Aids and Behavior*, 18(6), 529-536.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M., Pintassilgo, A., & Ferreira, A. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV). *Psicologia Saúde e Doenças*, 9(1), 15-28.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M.C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp 3-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H. & Paredes, T. (2010). Qualidade de Vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3, 243-268.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M., Pintassilgo, A. L. (2006). *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infeção VIH da Organização Mundial da Saúde (WHOQL-HIV; WHOQOL-HIV-BREEF) para Portugêses de Portugal: Apresentação de um projeto*. VI HIV/AIDS Virtual Congress: “Prevenção da SIDA: Um desafio que não pode ser perdido” (pp. 35-44). Anet: Associação Lusófona.
- Canini, S. R. M., Reis, R. B. R., Pereira, L. A., Gir, E., & Pelá, N. T. R. (2004). Qualidade de vida de indivíduos co VIH/SIDA: Uma revisão de literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(6), 940-945.
- Costa, M. B. H., 2011. *Práticas Parentais, Funcionamento Familiar e Comportamento de Adolescentes*. (Dissertação de Mestrado).

Universidade Lusofónia de Humanidade e Tecnologia. Faculdade de Psicologia. Lisboa

- Crespo, C. (2007). *Rituais familiares e o casal: Paisagens inter-sistémicas*. Tese de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Crespo, C., Kielpikowski, M., Pryor, J. & Jose, P.E. (2011). Family rituals in New Zealand families: Links to family cohesion and adolescent's well-being. *Journal of Family Psychology*, 25(2), 184-193. doi: 10.1037/a0023113
- Dantas, R. A., Okino, S. N., & Malerbo, M. (2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: *Revista Latino-americano de Enfermagem*, 11(4), 532-538.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: Natural Computers System.
- Doornbos, M. (2002). Predicting family health in families of young adults with severe Mental Illness. *Journal of Family Nursing*, 8(3), 241-263.
- Fiese, B. H. & Kline, C.A. (1993). Development of the Family Ritual Questionnaire: Initial reliability and validation studies. *Journal of Family Psychology*, 6, 290-299.
- Fleck, M. P. (2000). O instrumento da avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Grilo, A. M. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 101-118
- Guerra, M. P. (1998). *SIDA. Implicações Psicológicas*. Lisboa, Portugal: Fim do Século.
- Instituto nacional de luta contra o SIDA. (2012). *Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas 8UNGASS*, período 2010-2011. Angola: INLS.

- Makoe, M. G. (2011). Food meanings in HIV and AIDS caregiving trajectories: Ritual, optimism and anguish among caregivers in Lesotho. *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), 190-202. doi: 10.1080/13548506.2010.525656
- Onusida, relatório 2011 para o dia mundial-Luta Conta Sida, Dez. 2011
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Petterson, J. (1996). Families experiencing stress. *Family Systems Medicine*, vol 6, No. 2.
- Queiroz, F. (2010). *A Família em Angola e o Direito*. In Jornal de Angola. <http://jornaldeangola.sapo.ao/19/o/afamilia-em-angola-e-o-direito>. Consultado a 15/07/2014
- Relvas, A.P. (1996). *O ciclo vital da família* (2ª Ed. 2000) Porto: Edições Afrontamento.
- Remor, E. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 89-106.
- Remor, E. (2002b). Intervención del psicólogo en una unidad de tratamiento de pacientes com infección por VIH/SIDA. In E. Remor, P. Arranz, & S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 309-348). Bilbao, España: DDB.
- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G., (2007). Estudo psicométrico para a adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)”. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 685-694.
- Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14(2), 262-267.
- Roberts, J. (1998). Ritual themes in families and family therapy. In Imer-Black, E., Roberts, J. & Whiting, R. (Eds.), *Rituals in Families and Family Therapy* (pp. 3-46). New York: Norton.
- Santos, S., Crespo, C., Silva, N., & Canavarro, M.C. (2012). Quality of life

and adjustment in youths with asthma: The contributions of family rituals and the family environment. *Family Process*, 51(4), 557-569. doi: 10.1111/j.1545-5300.2012.01416.x

Seidl, E. M., Zannon, C. M., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com VIH e AIDS: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 18(2), 188-195.

Siegel, K., & Lekas, H. M. (2002). AIDS as a chronic illness: Psychosocial implications. *AIDS*, 16, 69-76.

Serovich, J. M., Kimberly, J. A., Mosack, K. E., & Lewis, T. L. (2001) The role of family and friend social support in reducing emotional distress among HIV-positive women. *AIDS Care*, 13(3), 335-341.

Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973^a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I- Ensaio de aplicação do “ Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.

Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973^b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I- Ensaio de aplicação do “ Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 713-736.

ANEXOS

DADOS PESSOAIS

Instituição de Saúde	
Número de Identificação do Utente	

A1	Idade	<input type="text"/>	anos	A2	Data de Nascimento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
A3	Sexo	<input type="text"/>	Masculino	A4	Nacionalidade	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	Feminino			
		<input type="text"/>	Transgender			
A5	Etnia	<input type="text"/>	Branca/Caucasiana	A6	Escolaridade	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	Negra			Não sabe ler nem escrever
		<input type="text"/>	Outra			Sabe ler e/ou escrever
						1º-4º anos
						5º-6º anos
						7º-9º anos
						10º-12º anos
						Estudos Universitários
						Formação pós-graduada
A7	Profissão	<input type="text"/>				
A8.1	Bairro	<input type="text"/>				
A8.2	Cidade	<input type="text"/>				
A8.3	Província	<input type="text"/>				
A9	Estado Civil	<input type="text"/>	Solteiro(a)	A10	Com quem vive?	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	Casado(a)			Sozinho
		<input type="text"/>	União de facto			Conjuge/Companheiro
		<input type="text"/>	Separado(a)			Filhos
		<input type="text"/>	Divorciado(a)			Pai
		<input type="text"/>	Viúvo(a)			Mãe
						Irmãos
						Avós
						Amigos
						Outros
				Total de pessoas	<input type="text"/>	

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
(G1.1)	Como está a sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada incapacitante					Muito incapacitante				
(G1.2)	Até que ponto a sua doença é incapacitante/ interfere na sua vida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

B1.1	Tem alguma co-infecção?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
B1.2	Se sim, qual(ais)?		
B2.1	Para além da Infecção VIH, actualmente tem outra doença?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
B2.2	Que doença é que tem?		
B2.3	Há quanto tempo?		
B3	Regime de tratamento?	Internamento <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Sem tratamento <input type="checkbox"/>	

C1.1	Qual o seu estado serológico para o VIH?	Assintomático <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Não Infectado <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>
C1.2	Em que ano realizou o primeiro teste positivo para o VIH?	
C1.3	Em que ano pensa que foi infectado(a)?	
C1.4	Acredita que foi infectado(a) pelo VIH através (assinale apenas uma vez):	Relação sexual com um homem <input type="checkbox"/> Relação sexual com uma mulher <input type="checkbox"/> Drogas injectáveis <input type="checkbox"/> Contacto com sangue <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Especificar? _____
C1.5	Tipo de vírus	VIH-1 <input type="checkbox"/> VIH-2 <input type="checkbox"/> VIH-1 e VIH-2 <input type="checkbox"/>
C1.6	Dados médicos relativos à Infecção VIH:	CD4+ [última contagem]: _____ Carga vírica [última contagem]: _____

D1.1	Toma medicação anti-retrovírica?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
D1.2	Há quanto tempo?		
D1.3	Tem efeitos secundários associados à medicação?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
D1.4	Cumpr sempre a toma da medicação?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
D1.5	Se NÃO , com que frequência falha na toma?	Muitas vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/>	

E1	Tem vida sexual activa?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------

F	Forma de administração do questionário	Auto-administrado
		Assistido pelo entrevistador
		Administrado pelo entrevistador



WHOQOL-HIV-BREF

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, **escolha a que lhe parecer mais apropriada.** Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presentes os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas.**

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5

Deve assinalar a resposta que melhor descreve o quanto foi capaz de se concentrar nas duas últimas semanas. Assim, assinalaria "muito" se se tivesse conseguido concentrar muito, ou "nada" se não tivesse sido capaz de se concentrar nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala que, em cada pergunta, lhe parecer que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver **até que ponto** sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F50.1)	Até que ponto se sente incomodado(a) com problemas físicos desagradáveis relacionados com a sua infecção VIH?	1	2	3	4	5
5 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
6 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
7 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8 (F52.2)	Em que medida se sente incomodado(a) pelo facto de as pessoas o(a) culparem pela sua condição de portador(a) do VIH?	1	2	3	4	5
9 (F53.4)	Até que ponto receia o futuro?	1	2	3	4	5
10 (F54.1)	Até que ponto se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5
11 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
12 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
13 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
14 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
15 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
17 (F51.1)	Em que medida se sente aceite pelas pessoas que conhece?	1	2	3	4	5
18 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
19 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
20 (F9.1)	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a
21 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
22 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
24 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
25 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
26 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
27 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
28 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
29 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
30 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
31 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ESCALA DE BECK DE AUTO-AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO
(Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra, A. & Pio
Abreu, J. L., 1973)

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações.
Em cada grupo escolha uma única afirmação. A que melhor descreve a forma como se sente no momento actual.

INVENTÁRIO DEPRESSIVO

- ☐ Não me sinto triste
- ☐ Ando "neura" ou triste
- ☐ Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim
- ☐ Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado

- ☐ Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro
- ☐ Sinto-me com medo do futuro
- ☐ Sinto que não tenho nada a esperar do que surja do futuro
- ☐ Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
- ☐ Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar

- ☐ Não tenho a sensação de ter fracassado
- ☐ Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
- ☐ Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
- ☐ Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos
- ☐ Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

- ☐ Não me sinto descontente com nada em especial
- ☐ Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo
- ☐ Não tenho satisfação com as pessoas que me alegravam antigamente
- ☐ Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for
- ☐ Sinto-me descontente com tudo

- ☐ Não me sinto culpado com nada em particular
- ☐ Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor
- ☐ Sinto-me bastante culpado
- ☐ Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada
- ☐ Considero que sou mau e não valho absolutamente nada

- ☐ Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo
- ☐ Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal
- ☐ Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado
- ☐ Sinto que mereço ser castigado
- ☐ Quero ser castigado

- ☐ Não me sinto descontente comigo
- ☐ Estou desiludido comigo
- ☐ Não gosto de mim
- ☐ Estou bastante desgostoso comigo
- ☐ Odeio-me

- ☐ Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
- ☐ Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros
- ☐ Culpo-me das minhas próprias faltas
- ☐ Acuso-me de tudo de mal que me acontece

- ☐ Não tenho quaisquer ideias de fazer a mal mim mesmo
- ☐ Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar
- ☐ Sinto que seria melhor morrer
- ☐ Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
- ☐ Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade

- ☐ Actualmente não choro mais do que o costume
- ☐ Choro agora mais do que o costume
- ☐ Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo
- ☐ Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade

- ☐ Não fico mais irritado do que ficava
- ☐ Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava
- ☐ Sinto-me permanentemente irritado
- ☐ Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente

- ☐ Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
- ☐ Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
- ☐ Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
- ☐ Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito

- ☐ Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
- ☐ Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões
- ☐ Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas
- ☐ Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão



- ☐ Não acho que tenho pior aspecto do que costumava
- ☐ Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente
- ☐ Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente
- ☐ Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo

- ☐ Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
- ☐ Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar
- ☐ Não consigo trabalhar tão bem como de costume
- ☐ Tenho de dispendir um grande esforço para fazer seja o que for.
- ☐ Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja

- ☐ Consigo dormir tão bem como dantes
- ☐ Acordo mais cansado de manhã do que era habitual
- ☐ Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer
- ☐ Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais de que cinco horas

- ☐ Não me sinto mais cansado do que o habitual
- ☐ Fico cansado com mais facilidade do que antigamente
- ☐ Fico cansado quando faço seja o que for
- ☐ Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja

- ☐ O meu apetite é o mesmo de sempre
- ☐ O meu apetite não é tão bom como costumava ser
- ☐ Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
- ☐ Perdi por completo todo o apetite que tinha

- ☐ Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente
- ☐ Perdi mais de 2,5 quilos de peso
- ☐ Perdi mais de 5 quilos de peso
- ☐ Perdi mais de 7,5 quilos de peso

- ☐ A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
- ☐ Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis
- ☐ Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa
- ☐ Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto

- ☐ Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
- ☐ Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar
- ☐ Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual
- ☐ Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FES

Neste questionário vai encontrar um conjunto de afirmações **sobre a sua família**. Leia atentamente cada uma das frases e assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime as **suas relações familiares com as pessoas com quem vive actualmente**, tendo em conta as seis alternativas de resposta:

Discordo totalmente	Discordo	Discordo moderadamente	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo totalmente				
①	②	③	④	⑤	⑥				
1. Na minha família ajudamo-nos uns aos outros.				①	②	③	④	⑤	⑥
2. Normalmente quando estamos em casa parece que só estamos a passar o tempo.				①	②	③	④	⑤	⑥
3. Gostamos bastante de fazer coisas em família.				①	②	③	④	⑤	⑥
4. Sentimo-nos muito unidos na minha família.				①	②	③	④	⑤	⑥
5. Normalmente ninguém se oferece para fazer alguma coisa que tem que ser feita em casa.				①	②	③	④	⑤	⑥
6. Podemos realmente contar uns com os outros na minha família.				①	②	③	④	⑤	⑥
7. Na minha família sentimo-nos pouco unidos.				①	②	③	④	⑤	⑥
8. Nós damo-nos mesmo bem uns com os outros.				①	②	③	④	⑤	⑥
9. Temos muito tempo e atenção uns para os outros.				①	②	③	④	⑤	⑥

FI-3

As frases seguintes referem-se ao modo como se sente por ser um membro da sua família. Por favor indique como é que se sente em relação a cada uma destas frases, assinalando com um círculo a resposta que melhor representa o que sente, tendo em conta as sete alternativas de resposta:

Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo moderadamente	Neutro/a	Concordo moderadamente	Concordo bastante	Concordo totalmente					
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦					
1. Penso muitas vezes no fato de ser um membro da minha família					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. O fato de ser um membro da minha família é uma parte importante da minha identidade					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. Ser um membro da minha família é parte importante de como me vejo a mim					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. Identifico-me com outros					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. Vejo-me como um membro da minha família					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. Sinto -me satisfeito por ser um membro da minha família					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. Sinto laços fortes com outros membros da minha família					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. Identifico-me com a minha família					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

ROTINAS FAMILIARES COMUNS

Nas páginas seguintes encontram-se descrições de rotinas e tradições familiares. Todas as famílias são, de alguma forma, diferentes nos tipos de rotinas e tradições que seguem. Em algumas famílias rotinas e tradições são muito importantes mas, em outras famílias, existe uma atitude de maior indiferença em relação às rotinas e tradições. No topo de cada secção irá encontrar um cabeçalho que corresponde a um contexto familiar: hora de jantar e comemorações anuais. Pense em como a sua família age ou participa normalmente durante estas alturas.

Leia as duas afirmações e escolha aquela que é mais parecida com a sua família. Depois de ter escolhido a afirmação mais parecida com a sua família, decida se esta afirmação é Totalmente Verdadeira ou Mais ou Menos Verdadeira para a sua família. Quando pensar na sua família, pense em si próprio(a), no seu cônjuge e nos seus filhos. Alguns dos contextos podem incluir outros membros da família como avós, tios e primos. No entanto, tente responder às questões que descrevem melhor a sua família actual. Não existem respostas certas ou erradas para cada afirmação, por isso, por favor tente escolher aquela que melhor descreve a sua família.

POR EXEMPLO:

a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias há uma pessoa que lava a louça.

Em outras famílias toda a gente lava a louça.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

Recorde:

1. Leia as duas afirmações e depois escolha a que mais se parece com a sua família, assinalando-a com uma cruz.
2. Decida se a afirmação é realmente verdadeira ou mais ou menos verdadeira para a sua família e assinale com uma cruz a sua opção.

HORA DE JANTAR

Pense num jantar normal na sua família:

1. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Algumas famílias jantam juntas regularmente.

Outras famílias raramente jantam juntas.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

2. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias todos têm um papel específico e uma tarefa para fazer à hora do jantar.

Em outras famílias as pessoas fazem coisas diferentes em diferentes alturas dependendo do que for necessário.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐



3. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias a hora de jantar é flexível. As pessoas comem quando podem.

Em outras famílias tudo o que diz respeito ao jantar é programado; o jantar é à mesma hora todos os dias.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

4. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias é esperado que todos estejam em casa para o jantar.

Em outras famílias nunca se sabe quem vai estar em casa para o jantar.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

5. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias as pessoas fazem questão de jantar juntas.

Em outras famílias não é assim tão importante as pessoas jantarem juntas.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

6. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias a hora de jantar é apenas uma altura para se comer.

Em outras famílias a hora do jantar é mais do que uma simples refeição; tem um significado especial.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

7. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias o jantar realiza-se sempre da mesma forma ao longo dos anos.

Em outras famílias a forma como se realiza o jantar tem mudado ao longo dos anos.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

8. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias há pouco planeamento em relação ao jantar.

Em outras famílias o jantar é planeado com antecedência.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

COMEMORAÇÕES ANUAIS

Pense em ocasiões que a sua família comemora todos os anos. Alguns exemplos são o dia de anos, dia do casamento e outros aniversários.

1. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Algumas famílias têm várias comemorações anuais regulares

Para outras famílias existem poucas comemorações anuais ou estas são raramente celebradas.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

2. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias as pessoas não têm tarefas atribuídas para cada comemoração.

Em outras famílias todas as pessoas têm uma certa tarefa para cumprir durante as comemorações anuais.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

3. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias estas comemorações não têm rotinas fixas; é difícil saber o que vai acontecer.

Em outras famílias estas comemorações são bastante padronizadas; todos sabem com o que podem contar.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

4. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias é esperado que todos estejam presentes na comemoração.

Em outras famílias as comemorações anuais podem ser uma altura em que nem todos estejam presentes.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

5. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias há um sentimento especial nos dias de anos e em outras comemorações.

Em outras famílias as comemorações são mais informais; as pessoas não estão envolvidas emocionalmente.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐



6. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias os dias de anos e aniversários são marcos importantes que são celebrados de forma especial.

Em outras famílias não se dá grande importância aos dias de anos e aniversários; os membros da família até podem comemorar mas nada é particularmente especial.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

7. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias o modo como os dias de anos e aniversários são comemorados muda de ano para ano.

Em outras famílias há formas tradicionais de comemorar os dias de anos e aniversários que raramente mudam.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐

8. a) Assinale com uma cruz a afirmação que mais se parece com a sua família.

☐

Em algumas famílias estas comemorações são muito discutidas e planeadas.

Em outras famílias não há muito planeamento e discussão à volta destas comemorações.

☐

b) Em relação à afirmação que escolheu considera que, para a sua família, ela é:

☐ **Totalmente verdade**

Mais ou menos verdade ☐